

CHECKLIST DIÁRIO DE MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE GASES MEDICINAIS

NOME DA UNIDADE:

DATA:

HORÁRIO:

RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO:

LEGENDA: “C” – Conforme | “NC” – Não conforme | “NA” – Não aplicável

ITEM A SER VERIFICADO	C	NC	OBSERVAÇÕES
INSPEÇÃO VISUAL GERAL			
Verificação do estado geral do sistema (sinais de danos, corrosão ou desgastes nos componentes do sistema de gases)			
Verificação de vazamento (realizar inspeção visual e olfativa para identificar possíveis vazamentos nos cilindros, tubos e conexões)			
CILINDRO DE GÁS			
Verificar a quantidade de cilindros: _____ Reserva: _____			
Verificação dos cilindros (identificação e validade)			
Pressão dos cilindros - verificar a pressão dos cilindros e garantir que esteja dentro dos limites recomendados			
UNIDADE DE AR COMPRIMIDO			
Verificação da pressão do ar comprimido - Verificar a pressão de trabalho dos compressores de ar (não deve estar abaixo de 5 bar)			
Manômetro (Verificar se o manômetro está funcionando corretamente)			
Compressor de ar comprimido - Funcionamento			
SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE GASES			
Caixa separadora de água e óleo			
Gerador de oxigênio: Concentração de oxigênio < 93% de pureza /Funcionamento			
Pressão de Oxigênio (Mantém 5bar)			
SISTEMA DE MONITORAMENTO E ALARME			
Verificar o funcionamento do sistema de monitoramento de gases e certificar-se de que os painéis de alarme estão conectados às tomadas			

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA RESPONSÁVEL DA UNIDADE